



GAMBLING 2.0

2018

PROGETTO GAMBLING 2.0

PRIMA DI INIZIARE, LEGGI ATTENTAMENTE

Il questionario che ti proponiamo, realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, è uno degli strumenti utilizzati nell'ambito del progetto "Gambling 2.0" svolto dal Comune di Saronno, in rappresentanza dell'ambito distrettuale, in partenariato con Codici Ricerca e Intervento Cooperativa Sociale Onlus, ASST Valle Olona, ATS Insubria e Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione. Il progetto è realizzato nell'ambito AZIONI DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO - L.R. 8/2013 della Regione Lombardia,

Il questionario ha lo scopo di raccogliere una serie di informazioni sul gioco d'azzardo, sull'uso di Internet e sui giochi on-line tra i giovani studenti.

Troverai domande su di te: alcune riguardano la tua esperienza, ad esempio con l'uso di Internet e con il gioco on-line, altre ti chiedono di esprimere un'opinione e/o quanto sei d'accordo con alcune affermazioni.

Le tue risposte ci aiuteranno a conoscere meglio le abitudini dei giovani e a capire cosa pensano i ragazzi e le ragazze della tua età rispetto agli argomenti che vorremmo approfondire.

Ti chiediamo quindi di leggere attentamente ogni domanda e di rispondere il più sinceramente possibile, **ricordando che le tue risposte rimarranno completamente anonime.**

Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte che ritieni siano adatte a te e/o alle tue opinioni. Le risposte raccolte nei questionari saranno trattate in forma completamente anonima e in nessun modo sarà possibile risalire al tuo nome o a quello dei tuoi compagni.

Dopo aver risposto a TUTTE le domande, inserisci il questionario nella busta che ti è stata consegnata e sigilla la busta stessa. Tutte le buste, la tua e quelle dei tuoi compagni, verranno raccolte dall'insegnante, legate tutte insieme e riposte in una scatola, che verrà sigillata e inviata al CNR.

Non scrivere il tuo nome né sul questionario né sulla busta.

GRAZIE PER LA TUA PREZIOSA COLLABORAZIONE

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

La partecipazione allo studio è volontaria. Se pensi, per qualunque motivo, di non voler rispondere a qualche domanda, puoi lasciarla in bianco.

Ricorda che questo non è un test o un compito in classe, non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Se non trovi la risposta che indica esattamente quello che pensi, segna quella che più si avvicina alla tua opinione.

Ti chiediamo di rispettare alcune semplici regole, riportate di seguito, per una corretta compilazione, altrimenti non saremo in grado di analizzare le tue risposte.

Usa una penna NERA oppure blu scura,
non usare bianchetto, matita oppure penne colorate.

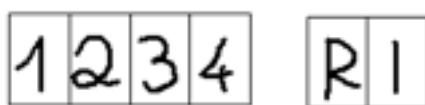
Fai una "X" dentro il quadratino della casella con la risposta che hai scelto.



Se ti capita di sbagliare, annerisci l'intera casella e fai una "X" nella casella corretta.



Quando richiesto, scrivi sempre in stampatello e dentro i quadratini.



Ci auguriamo che il questionario ti possa interessare.
Se hai bisogno di chiarimenti, alza la mano e l'insegnante ti risponderà.

GRAZIE ANCORA PER IL TUO AIUTO!

**LE PRIME DOMANDE RIGUARDANO ALCUNI
ASPETTI GENERALI SU DI TE**



A1. DI CHE SESSO SEI?

Maschio
1

Femmina
2

A2. QUANDO SEI NATO/A?

Anno

--	--	--	--

A3. DIRESTI CHE ABITI IN UNA ZONA... (Segna una sola casella)

Urbana (città)
1

Semi-urbana (periferia, sobborgo, etc)
2

Semi-rurale (paese)
3

Rurale (campagna, montagna, etc)
4

**A4. QUALE LINGUA SI PARLA PREVALENTEMENTE NELLA TUA
FAMIGLIA DI ORIGINE?** (Segna una sola casella)

Italiana
1

Spagnola/Portoghese
2

Inglese/Tedesca
3

Francese
4

Slava
5

Cinese
6

Araba
7

Indiana/Filippina
8

Senegalese/Ghanese/Nigeriana
9

Albanese
10

Altra lingua
11

A5. CON QUALE FREQUENZA TI CAPITA DI FARE LE SEGUENTI COSE? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Poche volte l'anno	1-2 volte al mese	Almeno 1 volta alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Andare in giro con gli amici (al centro commerciale, per strada, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Giocare con il computer e con i videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Navigare in Internet per svago (chat, in cerca di musica, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Partecipare attivamente ad attività sportive o andare in palestra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uscire la sera (andare in discoteca, al bar, alle feste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Altri hobby (suonare uno strumento, cantare, disegnare, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fare giochi in cui si vincono o si perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

A6. CON QUALE FREQUENZA PARTECIPI ATTIVAMENTE ALLE SEGUENTI ASSOCIAZIONI E/O ORGANIZZAZIONI? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Non ne faccio parte	Poche volte l'anno	1-2 volte al mese	Almeno 1 volta alla settimana	Più volte a settimana
a) Associazioni culturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Associazioni giovanili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Associazioni sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Associazioni di volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Centri di Aggregazione Giovanili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gruppi parrocchiali/religiosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Organizzazioni politiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

A7. DURANTE GLI ULTIMI 30 GIORNI, QUANTI GIORNI DI SCUOLA HAI PERSO? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuno	1 giorno	2 giorni	3 o più giorni
a) Perché sei stato ammalato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Perché non avevi voglia di andarci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Per altri motivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

A8. QUALE DEI SEGUENTI GIUDIZI DESCRIVE MEGLIO IL TUO ANDAMENTO SCOLASTICO NELL'ULTIMO QUADRIMESTRE? (Segna una sola casella)

Ottimo

1

Buono

2

Medio (più che sufficiente, sufficiente, appena sufficiente)

3

Basso (insufficiente, molto insufficiente, pessimo)

4

A9. HAI PARTECIPATO AD ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO/PROMOZIONE DEL BENESSERE? (es. incontri/seminari tenuti a scuola con personale esperto)

No

1

Sì

2



A9.A ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO/PROMOZIONE DEL BENESSERE RELATIVE A... (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Gioco d'azzardo

Uso di sostanze psicoattive/droghe

Uso di tabacco/alcol

Utilizzo di Internet

Bullismo e/o cyberbullismo

Videogiochi

Guida sicura

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO LA TUA ESPERIENZA CON INTERNET



B1. PENSA AGLI ULTIMI 30 GIORNI.

QUANTO TEMPO IN MEDIA IN UN GIORNO UTILIZZI INTERNET PER FARE DELLE ATTIVITÀ? (Pensa a tutte le attività che hai svolto in Internet utilizzando computer, tablet, smartphone, console o altro). (Segna una sola casella per ogni riga)

	Non ho usato Internet	Meno di 30 minuti	Fino a 1 ora	Fino a 2 ore	Fino a 3 ore	Fino a 4 ore	Fino a 5 ore	6 ore o più
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8

B2. QUANTE ORE PASSI, IN MEDIA A FARE LE SEGUENTI COSE?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuna	Meno di 30 minuti	Fino a 1 ora	Fino a 2 ore	Fino a 3 ore	Fino a 4 ore	Fino a 5 ore	6 ore o più
a) Chattare/Stare sui Social (ad es. WhatsApp, Skype, Kik, Facebook, Twitter, Youtube, Instagram, Flickr, Vine Camera, LinkedIn, Pinterest, Snapchat, Telegram)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fare giochi online (ad es. multiplayer, giochi di ruolo, di strategia, di abilità, di azione, puzzle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fare giochi online in cui si vincono/perdono soldi (ad es. poker, scommesse, Gratta&Vinci, Slot machines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Leggere, navigare, cercare informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ascoltare/scaricare musica, video, films (streaming, Youtube)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare ricerche per vendere/ comprare prodotti, giochi, libri, etc (ad es. Amazon, Ebay, etc) o partecipare ad aste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8

B3. LEGGI LE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALL'USO DI INTERNET E SEGNA QUANTO SPESSO SI APPLICANO A TE.

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
a) Hai avuto difficoltà a disconnetterti da Internet mentre eri collegato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai continuato a restare connesso su Internet nonostante la tua intenzione di smettere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Il tuo ragazzo/a, genitori, amici ti dicono che dovresti stare meno su Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Preferisci stare collegato a Internet invece di passare il tempo con altre persone (il tuo ragazzo/a, genitori, amici)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dormi poco perché rimani connesso a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Pensi a Internet anche quando non sei collegato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Non vedi l'ora che arrivi il momento di connetterti a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Pensi che dovresti usare meno Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hai provato senza riuscirci a passare meno tempo collegato a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ti capita di fare i compiti alla svelta per connetterti a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Trascuri i tuoi impegni quotidiani (scuola, vita familiare) perché preferisci collegarti a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Vai su Internet quando ti senti giù?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Utilizzi Internet per sfuggire ai dispiaceri o per riprenderti da sensazioni negative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ti senti irrequieto, frustrato o irritato perché non puoi connetterti a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

CI INTERESSA ORA RACCOGLIERE ALCUNE INFORMAZIONI SUI GIOCHI IN CUI SI POSSONO VINCERE E/O PERDERE SOLDI: I GIOCHI D'AZZARDO

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO I GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE, QUELLI CHE SI POSSONO FARE CONNETTENDOSI A INTERNET ATTRAVERSO COMPUTER, TABLET, SMARTPHONE, CONSOLE O ALTRO (SCOMMESSE SPORTIVE E SU ALTRI EVENTI, SLOT MACHINES E VIDEOLOTTERY, POKER TEXANO O ALTRI GIOCHI CON LE CARTE, GIOCHI DI CASINÒ, ...)



C1. QUANTE VOLTE HAI GIOCATO ON-LINE A GIOCHI IN CUI SI VINCONO/PERDONO SOLDI? (Scommesse sportive e su altri eventi, Slot machines e Videolottery, Poker texano o altri giochi con le carte, giochi di casinò, ...). (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C2. RIPENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. QUANTE VOLTE HAI GIOCATO

AI SEGUENTI GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE? (Segna una sola casella per ogni riga)

	0 volte	Meno di una volta al mese	1-3 volte al mese	1-2 volte alla settimana	3-6 volte alla settimana	Tutti i giorni
a) Gratta&Vinci/10 e lotto/Win for Life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotto/Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Totocalcio/Totogol/Scommesse sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Slot machines/Videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte (poker, bridge, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Altri giochi di casinò virtuali (roulette, dadi, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

C3. COSA UTILIZZI DI SOLITO PER GIOCARE D'AZZARDO

ON-LINE? (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Smartphone
- Tablet
- Computer fisso o portatile
- TV
- Console
- Non ho giocato on-line

C4. DOVE TI TROVI DI SOLITO QUANDO GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE? (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- A scuola
- A casa mia
- A casa di amici
- In luoghi pubblici chiusi (ad es. sale giochi, Internet point, bar)
- In luoghi pubblici aperti (ad es. piazza, parco)
- Sui mezzi di trasporto (tram, autobus, metropolitana, treno, auto,...)
- Non gioco

C5. RIPENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. QUALI ACCOUNT HAI UTILIZZATO PER FARE GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Il mio personale
- Quello di mio padre/madre
- Quello di mio fratello/sorella maggiorenne
- Quello di un maggiorenne (altri parenti/amici)
- Non ho giocato

C6. RIPENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. QUANTE VOLTE HAI FATTO GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE PER PIÙ DI 2 ORE DI FILA (in una sola occasione)? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

ORA INVECE LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO I GIOCHI D'AZZARDO ON-SITE, QUEI GIOCHI CIOÈ CHE SI POSSONO FARE IN RICEVITORIA, IN SALA SCOMMESSE E/O BINGO, IN EDICOLA, AL BAR O ALL'AUTOGRILL



C7. QUANTE VOLTE HAI GIOCATO ON-SITE A GIOCHI IN CUI SI VINCONO/PERDONO SOLDI? (Gratta&Vinci, Lotto, Superenalotto, Totocalcio, Slot machines, Video-lottery, Scommesse, Giochi con le carte, ..).
(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C8. PENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. QUANTE ORE IN MEDIA IN UN GIORNO HAI TRASCORSO A FARE GIOCHI D'AZZARDO ON-SITE? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuna	Meno di 30 minuti	Fino a 1 ora	Fino a 2 ore	Fino a 3 ore	Più di 3 ore
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

C9. RIPENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. QUANTE VOLTE HAI GIOCATO AI SEGUENTI GIOCHI D'AZZARDO ON-SITE? (Segna una sola casella per ogni riga)

	0 volte	Meno di una volta al mese	1-3 volte al mese	1-2 volte alla settimana	3-6 volte alla settimana	Tutti i giorni
a) Gratta & Vinci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 10 e lotto/Win for Life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Totocalcio/Totogol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Slot machine/videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Scommesse calcistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Scommesse su altri sport (ippica, tennis, big race, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altri giochi con le carte (poker, bridge, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Altri giochi (roulette, dadi, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

C10. PENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. QUANTE VOLTE HAI FATTO GIOCHI D'AZZARDO ON-SITE PER PIÙ DI 2 ORE DI FILA (in una sola occasione)? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C11. RIPENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. IN QUALI LUOGHI HAI GIOCATO D'AZZARDO? (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Sale scommesse
- Sale Bingo
- Casinò (escluso online)
- Circoli ricreativi/club privati
- Bar/tabacchi/pub
- Sale giochi
- A casa mia o di amici
- Non ho giocato negli ultimi 12 mesi

C12. QUANTO DISTA A PIEDI IL LUOGO PIÙ VICINO DOVE POTRESTI GIOCARE D'AZZARDO? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Non ce ne sono	Meno di 5 minuti	5-10 minuti	Più di 10 minuti
a) Da casa tua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dalla tua scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C13. NEL LUOGO PIÙ VICINO, QUALI GIOCHI POTRESTI FARE?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

	Gratta & Vinci/10 e lotto/ Win for Life	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio/ Totogol/ Scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, Videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte	Bingo	Non ci sono luoghi vicini
a) Da casa tua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dalla tua scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

ORA PENSA AI GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE E/O ON-SITE

C14. A CHE ETÀ HAI GIOCATO D'AZZARDO PER LA PRIMA VOLTA?

(Segna una sola casella)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non ho giocato
<small>1</small> | <input type="checkbox"/> 9 anni o meno
<small>2</small> | <input type="checkbox"/> 10 anni
<small>3</small> |
| <input type="checkbox"/> 11 anni
<small>4</small> | <input type="checkbox"/> 12 anni
<small>5</small> | <input type="checkbox"/> 13 anni
<small>6</small> |
| <input type="checkbox"/> 14 anni
<small>7</small> | <input type="checkbox"/> 15 anni
<small>8</small> | <input type="checkbox"/> 16 anni
<small>9</small> |
| <input type="checkbox"/> 17 anni
<small>10</small> | <input type="checkbox"/> 18 anni o più
<small>11</small> | |

C15. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI, QUANTO HAI SPESO PER GIOCARE D'AZZARDO? (Segna una sola casella)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 euro
<small>1</small> | <input type="checkbox"/> Fino a 10 euro
<small>2</small> | <input type="checkbox"/> 11-20 euro
<small>3</small> |
| <input type="checkbox"/> 21-50 euro
<small>4</small> | <input type="checkbox"/> 51-90 euro
<small>5</small> | <input type="checkbox"/> Più di 90 euro
<small>6</small> |
| <input type="checkbox"/> Non ho giocato
<small>7</small> | | |

C16. SECONDO TE NEGLI ULTIMI 12 MESI CON IL GIOCO, COMPLESSIVAMENTE, SEI RIMASTO IN PARI, SEI ANDATO "IN ROSSO" O SEI "IN ATTIVO"? (Segna una sola casella)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> In pari
<small>1</small> | <input type="checkbox"/> In rosso
<small>2</small> | <input type="checkbox"/> In attivo
<small>3</small> | <input type="checkbox"/> Non ho giocato
<small>4</small> |
|--|---|--|---|

C16A. SE SEI ANDATO "IN ROSSO" O "IN ATTIVO", SECONDO TE, DI QUANTO IN TOTALE? (Segna una sola casella per riga)

- | | Meno di 50
euro | Tra 50 e 100
euro | Tra 100 e 200
euro | Tra 200 e 500
euro | Oltre 500
euro |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) "In rosso" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) "In attivo" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>1</small> | <small>2</small> | <small>3</small> | <small>4</small> | <small>5</small> |

C17. RIPENSA AGLI ULTIMI 12 MESI. QUANTO SPESSO HAI RIPRESO A GIOCARE PER CERCARE DI RIVINCERE I SOLDI CHE AVEVI PERSO AL GIOCO? (Segna una sola casella)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mai
<small>1</small> | <input type="checkbox"/> A volte
<small>2</small> | <input type="checkbox"/> La maggior parte delle volte
<small>3</small> | <input type="checkbox"/> Sempre
<small>4</small> |
|--|--|---|---|

C18. RIPENSA AGLI ULTIMI 12 MESI E SEGNA UNA RISPOSTA PER OGNI DOMANDA

	No	Si
a) Quando stavi giocando, hai mai detto agli altri di aver vinto soldi quando non era vero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Il gioco ti ha mai causato discussioni in famiglia e/o con gli amici, oppure problemi a scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai mai giocato più soldi di quanto ti eri proposto di fare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensi sia vero o meno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ti sei mai sentito in colpa per i soldi che spendi nel gioco o per le conseguenze del tuo giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hai mai avuto voglia di smettere di giocare, pensando però che non ce l'avresti fatta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hai mai nascosto alla famiglia o agli amici scontrini di scommesse, biglietti della lotteria, soldi vinti al gioco o altre prove del tuo giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hai mai avuto litigi con la famiglia o con gli amici, parlando di soldi spesi nel gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hai mai preso in prestito soldi per giocare, senza restituirli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hai mai fatto assenze a scuola per andare a giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Hai mai preso in prestito denaro oppure rubato qualcosa per avere soldi per giocare o per nascondere attività di gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

C19. QUALI GIOCHI SECONDO TE SONO VIETATI AI MINORI DI 18 ANNI? (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gratta & Vinci/10 e lotto/Win for Life | <input type="checkbox"/> Lotto/Superenalotto |
| <input type="checkbox"/> Slot machines, Videolottery | <input type="checkbox"/> Totocalcio/Totogol/Scommesse sportive o su altri eventi |
| <input type="checkbox"/> Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte | <input type="checkbox"/> Bingo |

C20. SECONDO TE, IN ITALIA È VIETATO... (Segna una sola casella per ogni riga)

	ai minori di 14 anni	ai minori di 16 anni	ai minori di 18 anni	Non è vietato	Non so
a) Giocare d'azzardo ON-LINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Giocare d'azzardo ON-SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

C21. TI È MAI STATO IMPEDITO, DA MINORENNE, DI PRATICARE UN GIOCO IN DENARO PERCHÉ VIETATO AI MINORI?

No
1

Sì
2



C21.A QUALI DEI SEGUENTI GIOCHI?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Gratta&Vinci/10 e lotto/Win for Life
- Lotto/Superenalotto
- Totocalcio/Totogol/Scommesse sportive o su altri eventi
- Slot machines, Videolottery
- Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte
- Bingo



C21.B IN QUALI CONTESTI?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Bar/tabacchi, esercizi pubblici
- Luoghi del gioco (sale bingo, sale gioco, ...)
- Luoghi privati (a casa mia, di amici, ...)
- Gioco on-line

C22. SECONDO TE, IN QUALI DI QUESTI GIOCHI CONTA L'ABILITÀ DEL GIOCATORE? (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gratta & Vinci/10 e lotto/Win for Life | <input type="checkbox"/> Lotto/Superenalotto |
| <input type="checkbox"/> Slot machines, Videolottery | <input type="checkbox"/> Totocalcio/Totogol/Scommesse sportive o su altri eventi |
| <input type="checkbox"/> Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte | <input type="checkbox"/> Bingo |

C23. QUANTO PENSI CHE RISCHINO DI DANNEGGIARSI LE PERSONE CHE GIOCANO SOLDI? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessun rischio	Rischio minimo	Rischio moderato	Rischio elevato	Non so
a) Giocare soldi meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Giocare soldi più di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

C24. PENSANDO A TE STESSO, INDICA QUANTO SEI D'ACCORDO CON LE AFFERMAZIONI CHE SEGUONO. (Segna una sola casella per ogni riga)

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Né in disaccordo né in accordo	In accordo	Fortemente in accordo
a) Le persone dovrebbero avere il diritto di giocare d'azzardo quando vogliono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Al giorno d'oggi ci sono troppe opportunità per giocare d'azzardo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Il gioco d'azzardo dovrebbe essere scoraggiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La maggior parte delle persone che giocano lo fanno in modo accorto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Il gioco d'azzardo è pericoloso per la vita familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tutto sommato il gioco d'azzardo è una buona cosa per la società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Il gioco d'azzardo rallegra la vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sarebbe meglio se il gioco d'azzardo fosse totalmente proibito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

C25. NEGLI ULTIMI 12 MESI, QUANTO SPESSO DIRESTI CHE VEDI/SENTI PUBBLICITÀ SUL GIOCO D'AZZARDO?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Meno di una volta al mese	1-3 giorni al mese	1-2 giorni alla settimana	3 o più giorni alla settimana
a) In TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) In radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Su Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Su manifesti/cartelloni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Su giornali/quotidiani/riviste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Su socialmedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

C26. QUANTO SEI D'ACCORDO CON LE SEGUENTI AFFERMAZIONI?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	In accordo	Fortemente in accordo
a) È più probabile che io giochi dopo aver visto una pubblicità sul gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La pubblicità sul gioco d'azzardo non influenza la mia decisione di giocare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La pubblicità sul gioco d'azzardo fa aumentare il mio interesse verso il gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La pubblicità sul gioco d'azzardo mi fa pensare a giocare d'azzardo in futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Non faccio attenzione alla pubblicità sul gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) La pubblicità sul gioco d'azzardo ha fatto aumentare la mia conoscenza sulle opzioni di gioco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) La pubblicità sul gioco d'azzardo ha fatto aumentare la mia conoscenza sui fornitori di gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Gioco con maggiore rischio (uso più denaro) a causa della pubblicità sul gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Penso più positivamente al gioco d'azzardo a causa della pubblicità sul gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C27. TI È CAPITATO DI FARE GIOCHI D'AZZARDO... (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

<input type="checkbox"/> con tuo padre	<input type="checkbox"/> con tua madre	<input type="checkbox"/> con i tuoi fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/> con i tuoi amici
<input type="checkbox"/> con i tuoi nonni	<input type="checkbox"/> con altri parenti	<input type="checkbox"/> con altri conoscenti	<input type="checkbox"/> non gioco/ gioco da solo

C28. QUALCUNO DEI TUOI FRATELLI/SORELLE MAGGIORI GIOCA O HA GIOCATO D'AZZARDO? (Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> No 1	<input type="checkbox"/> Sì 2	<input type="checkbox"/> Non ho fratelli/ sorelle maggiori 3	<input type="checkbox"/> Non so 4
----------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------------

C28A. SECONDO TE QUALCUNO DEI TUOI FRATELLI/SORELLE MAGGIORI GIOCA O HA GIOCATO UN PO' TROPPO?

(Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> No 1	<input type="checkbox"/> Sì 2	<input type="checkbox"/> Non posso rispondere a questa domanda 3	<input type="checkbox"/> Non so 4
----------------------------------	----------------------------------	---	--------------------------------------

C29. I TUOI GENITORI GIOCANO O HANNO GIOCATO D'AZZARDO?

(Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> 1 Nessuno dei miei genitori	<input type="checkbox"/> 2 Solo mio padre	<input type="checkbox"/> 3 Solo mia madre
<input type="checkbox"/> 4 Entrambi i miei genitori	<input type="checkbox"/> 5 Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> 6 Non so

C29A. SECONDO TE I TUOI GENITORI GIOCANO O HANNO GIOCATO UN PO' TROPPO?

(Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> 1 Nessuno dei miei genitori	<input type="checkbox"/> 2 Solo mio padre	<input type="checkbox"/> 3 Solo mia madre
<input type="checkbox"/> 4 Entrambi i miei genitori	<input type="checkbox"/> 5 Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> 6 Non so

C30. CI SONO ALTRI ADULTI IMPORTANTI PER TE CHE GIOCANO O HANNO GIOCATO D'AZZARDO? (Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> 1 Nonno/a/i	<input type="checkbox"/> 2 Zio/a/i	<input type="checkbox"/> 3 Compagna/o di mio/a padre/madre
<input type="checkbox"/> 4 Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> 5 Non so	

C30A. SECONDO TE, TRA GLI ADULTI IMPORTANTI PER TE, QUALCUNO GIOCA O HA GIOCATO UN PO' TROPPO?

(Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 2 Sì	<input type="checkbox"/> 3 Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> 4 Non so
----------------------------------	----------------------------------	---	--------------------------------------

C31. QUALCUNO DEI TUOI AMICI GIOCA O HA GIOCATO D'AZZARDO?

(Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> 1 Nessuno	<input type="checkbox"/> 2 Pochi/alcuni	<input type="checkbox"/> 3 La maggior parte/tutti	<input type="checkbox"/> 4 Non so
---------------------------------------	--	--	--------------------------------------

C31A. SECONDO TE I TUOI AMICI GIOCANO O HANNO GIOCATO UN PO' TROPPO? (Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> 1 Nessuno	<input type="checkbox"/> 2 Pochi/alcuni	<input type="checkbox"/> 3 La maggior parte/tutti	<input type="checkbox"/> 4 Non so
---------------------------------------	--	--	--------------------------------------

C32. COME PENSI REAGIREBBERO I TUOI GENITORI E ALTRI ADULTI IMPORTANTI PER TE (NONNI, ZII, COMPAGNI DEI TUOI GENITORI, ...) SE SAPESSERO CHE SPENDI SOLDI PER GIOCARE D'AZZARDO?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Non me lo permetterebbe	Me lo sconsiglierebbe	Sarebbe indifferente	Lo approverebbe	Non so	Non posso rispondere a questa domanda
a) Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Altri adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

CI INTERESSA ORA RACCOGLIERE ALCUNE INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA TUA ESPERIENZA CON I VIDEOGAME E/O GIOCHI (COME MULTIPLAYER, GIOCHI DI RUOLO, DI STRATEGIA, DI ABILITÀ, DI AZIONE, PUZZLE).

NELLE DOMANDE CHE SEGUONO USEREMO IL TERMINE "VIDEOGAME" RIFERENDOCI QUINDI A GIOCHI CHE IN GENERE SI FANNO DA SOLI, CON O CONTRO ALTRI GIOCATORI, UTILIZZANDO, ANCHE SENZA ESSERE CONNESSI A INTERNET, IL COMPUTER, IL TABLET, LO SMARTPHONE, UNA CONSOLE O ALTRO.



D1. QUANTE VOLTE HAI GIOCATO AI VIDEOGAME?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

D2. PENSA AGLI ULTIMI 30 GIORNI. QUANTE ORE AL GIORNO IN MEDIA GIOCHI AI VIDEOGAME? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuna	Meno di 30 minuti	Fino a 1 ora	Fino a 2 ore	Fino a 3 ore	Fino a 4 ore	Fino a 5 ore	6 ore o più
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8

D3. COSA UTILIZZI DI SOLITO PER GIOCARE AI VIDEOGAME?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Smartphone | <input type="checkbox"/> Tablet |
| <input type="checkbox"/> Computer fisso o portatile | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Console | <input type="checkbox"/> Non gioco |

D4. DOVE TI TROVI DI SOLITO QUANDO GIOCHI AI VIDEOGAME?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

<input type="checkbox"/>	A scuola	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A casa mia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A casa di amici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	In luoghi pubblici chiusi (ad es. sale giochi, Internet point, bar)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	In luoghi pubblici aperti (ad es. piazza, parco)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sui mezzi di trasporto (tram, autobus, metropolitana, treno, auto,..)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Non gioco	<input type="checkbox"/>

D5. QUANTO SPESSO GIOCHI AI VIDEOGAME?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
a) Da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Con gli amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Con i tuoi genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Con i tuoi fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Con altri giocatori che non conosci personalmente (virtuali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

D6. QUANTO TEMPO IN MEDIA DEDICHI A OGNI SESSIONE DI GIOCO SENZA INTERRUZIONI? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Non gioco	Meno di 30 minuti	Fino a 1 ora	Fino a 2 ore	Fino a 3 ore	Fino a 4 ore	Fino a 5 ore	6 ore o più
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8

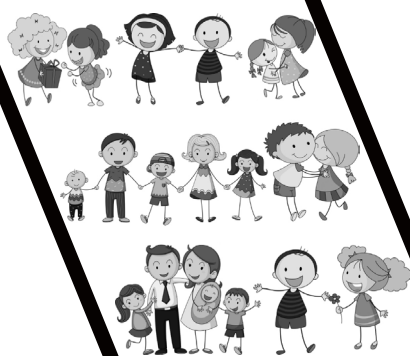
D7. PENSA AGLI ULTIMI 30 GIORNI. HAI SPESO SOLDI SU INTERNET PER ACQUISTARE E/O AGGIORNARE VIDEOGAME O PER POTER CONTINUARE A GIOCARE (ad es. comprare delle "vite" e/o per passare a livelli successivi)?

<input type="checkbox"/>	1 Non ho giocato	<input type="checkbox"/>	2 0 euro	<input type="checkbox"/>	3 5 euro o meno
<input type="checkbox"/>	4 10 euro o meno	<input type="checkbox"/>	5 Fino a 20 euro	<input type="checkbox"/>	6 Fino a 50 euro
<input type="checkbox"/>	7 Più di 50 euro				

D8. LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO I GIOCHI ON-LINE. NEL RISPONDERE TIENI SEMPRE PRESENTE CHE QUESTA DOMANDA SI RIFERISCE ESCLUSIVAMENTE AI GIOCHI CHE SI POSSONO FARE ON-LINE, MA PER SEMPLICITÀ UTILIZZEREMO I TERMINI “GIOCO”/“GIOCARRE” IN CIASCUNA DELLE FRASI. PER FAVORE INDICA LA FREQUENZA CON LA QUALE TI TROVI NELLE SITUAZIONI SOTTO RIPORTATE. (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
a) Quando non stai giocando, quanto spesso pensi a giocare o a come sarebbe giocare in quel momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Quanto spesso giochi più a lungo di quanto avevi previsto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Quanto spesso ti senti depresso o irritabile solo perché non stai giocando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Quanto spesso pensi che dovresti ridurre il tempo che passi a giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Quanto spesso le persone intorno a te si lamentano perché passi troppo tempo a giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Quanto spesso non ti incontri con gli amici perché stai giocando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Quanto spesso sogni a occhi aperti di giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Quanto spesso perdi la cognizione del tempo quando giochi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Quanto spesso ti senti irrequieto o irritabile se non puoi giocare per qualche giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Quanto spesso provi senza successo a ridurre il tempo che passi a giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Quanto spesso litighi con i tuoi genitori a causa del gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Quanto spesso trascuri altre attività perché preferisci giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO LA TUA FAMIGLIA, IL TUO GRUPPO DI AMICI E TE STESSO/A. SE SEI CRESCIUTO CON GENITORI ADOTTIVI O FAI PARTE DI UNA FAMIGLIA ALLARGATA, FORMATASI DA UNA SUCCESSIVA UNIONE DEI TUOI GENITORI, O SE HAI SIA PADRE/MADRE NATURALE CHE PATRIGNO/MATRIGNA, RISPONDI RIFERENDOTI A CHI È STATO, SECONDO TE, PIÙ IMPORTANTE PER LA TUA CRESCITA.



E1. COME È COMPOSTA LA FAMIGLIA NELLA QUALE VIVI PER LA MAGGIOR PARTE DEL TUO TEMPO?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Madre

Padre

Sorella/e

Fratello/i

Compagno/marito di mia madre

Compagna/moglie di mio padre

Nonno/a/i

Altri familiari

Altre persone che non sono familiari

Vivo da solo

Altro

E2. HAI UN'ALTRA CASA O UN'ALTRA FAMIGLIA (COME NEL CASO IN CUI I TUOI GENITORI SIANO SEPARATI/DIVORZIATI)?

No

1

Sì

2

E3. I TUOI GENITORI LAVORANO? (Segna una sola casella per ogni genitore)

TUO PADRE

- ₁ Sì, è un lavoratore dipendente
- ₂ Sì, è un lavoratore autonomo (es. libero professionista/artigiano)
- ₃ Sì, è casalingo
- ₄ Sì, altro
- ₅ No, è disoccupato/in cerca di nuova occupazione
- ₆ No, si è ritirato dal lavoro (in pensione)
- ₇ No, non può lavorare
- ₈ Non so
- ₉ Non posso rispondere a questa domanda

TUA MADRE

- ₁ Sì, è una lavoratrice dipendente
- ₂ Sì, è una lavoratrice autonoma (es. libera professionista/artigiana)
- ₃ Sì, è casalinga
- ₄ Sì, altro
- ₅ No, è disoccupata/in cerca di nuova occupazione
- ₆ No, si è ritirata dal lavoro (in pensione)
- ₇ No, non può lavorare
- ₈ Non so
- ₉ Non posso rispondere a questa domanda

E4. QUAL È IL PIÙ ELEVATO TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO DA...

(Segna una sola casella per ogni genitore)

TUO PADRE

- ₁ Licenza elementare o meno
- ₂ Licenza medie inferiori
- ₃ Qualifica professionale biennale/triennale
- ₄ Maturità superiore
- ₅ Laurea
- ₆ Non so
- ₇ Non posso rispondere a questa domanda

TUA MADRE

- ₁ Licenza elementare o meno
- ₂ Licenza medie inferiori
- ₃ Qualifica professionale biennale/triennale
- ₄ Maturità superiore
- ₅ Laurea
- ₆ Non so
- ₇ Non posso rispondere a questa domanda

E5. COME RITIENI STIA ECONOMICAMENTE LA TUA FAMIGLIA RISPETTO ALLA MEDIA DELLE ALTRE FAMIGLIE ITALIANE?

(Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> Tantissimo/molto al di sotto 1	<input type="checkbox"/> Al di sotto 2	<input type="checkbox"/> Nella media 3
<input type="checkbox"/> Al di sopra 4	<input type="checkbox"/> Molto/tantissimo al di sopra 5	

E6. LA TUA FAMIGLIA HA UN'AUTO, UN CAMPER O UN FURGONE?

<input type="checkbox"/> No 1	<input type="checkbox"/> Sì, una/o 2	<input type="checkbox"/> Sì, due o più 3
----------------------------------	---	---

E7. HAI UNA CAMERA TUTTA PER TE?

<input type="checkbox"/> No 1	<input type="checkbox"/> Sì 2
----------------------------------	----------------------------------

E8. QUANTI COMPUTER POSSIEDE LA TUA FAMIGLIA (PORTATILI E TABLET, ESCLUSE CONSOLE DI GIOCO E SMARTPHONE)?

<input type="checkbox"/> Nessuno 1	<input type="checkbox"/> 1 2	<input type="checkbox"/> 2 3	<input type="checkbox"/> Più di 2 4
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

E9. LA TUA FAMIGLIA POSSIEDE UNA LAVASTOVIGLIE/LAVAPIATTI?

<input type="checkbox"/> No 1	<input type="checkbox"/> Sì 2
----------------------------------	----------------------------------

E10. QUANTI BAGNI (STANZE CON BAGNO/DOCCIA) CI SONO IN CASA TUA?

<input type="checkbox"/> Nessuno 1	<input type="checkbox"/> 1 2	<input type="checkbox"/> 2 3	<input type="checkbox"/> Più di 2 4
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

E11. LO SCORSO ANNO, QUANTE VOLTE TU E LA TUA FAMIGLIA SIETE ANDATI IN VACANZA ALL'ESTERO?

<input type="checkbox"/> Mai 1	<input type="checkbox"/> 1 volta 2	<input type="checkbox"/> 2 volte 3	<input type="checkbox"/> Più di 2 volte 4
-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

E12. I TUOI GENITORI SANNO DOVE TRASCORRI IL SABATO SERA?

<input type="checkbox"/> Sempre 1	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso 2	<input type="checkbox"/> Qualche volta 3	<input type="checkbox"/> In genere non lo sanno 4
--------------------------------------	---	---	--

E13. IN CHE MISURA SONO VALIDE PER TE LE SEGUENTI AFFERMAZIONI? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Quasi sempre	Spesso	Qualche volta	Di raro	Quasi mai
a) I miei genitori fissano regole sul mio comportamento a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) I miei genitori fissano regole sul mio comportamento fuori casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mio padre e/o mia madre sanno con chi sono la sera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mio padre e/o mia madre sanno dove sono la sera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mi sento accolto e amato da mia madre e/o mio padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mi sento sostenuto affettivamente da mia madre e/o mio padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mia madre e/o mio padre mi danno soldi senza problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ricevo facilmente soldi in regalo da mia madre e/o mio padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mi sento accolto e compreso dal mio migliore amico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Mi sento sostenuto affettivamente dal mio migliore amico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

E14. QUANTO SPENDI DI SOLITO ALLA SETTIMANA PER LE TUE ESIGENZE PERSONALI, SENZA IL CONTROLLO DEI TUOI GENITORI?

Euro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

,

0	0
---	---

E15. IN GENERE QUANTO SEI SODDISFATTO DEL RAPPORTO CON:

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto né insoddisfatto	Non tanto soddisfatto	Per niente soddisfatto	Non posso rispondere a questa domanda
a) tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) tuoi fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

E16. IN GENERE QUANTO SEI SODDISFATTO:

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto né insoddisfatto	Non tanto soddisfatto	Per niente soddisfatto
a) del rapporto con i tuoi amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) del rapporto con i tuoi insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) del rapporto con i tuoi compagni di classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) di te stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) della tua salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) della condizione economica della tua famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) della zona in cui abiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) della zona in cui trascorri la maggior parte del tuo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

E17. INDICA QUANTO SEI D'ACCORDO CON LE SEGUENTI AFFERMAZIONI. (Segna una sola casella per ogni riga)

	Molto in accordo	In accordo	Né in accordo né in disaccordo	In disaccordo	Molto in disaccordo
a) Vivere nel mio quartiere mi dà un senso di comunità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nel mio quartiere mi fermo a parlare con le persone regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nel mio quartiere è facile fare amicizia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nel mio quartiere chiedo regolarmente consigli alle persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Prendo regolarmente in prestito cose e scambio favori con i miei vicini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mi piacerebbe lavorare insieme agli altri per fare qualcosa che migliori l'ambiente di vita nel mio quartiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

E18. PENSA A TE STESSO, INDICA QUANTO SEI D'ACCORDO CON QUESTE AFFERMAZIONI. (Segna una sola casella per ogni riga)

	Per nulla vero	Poco vero	Abbastanza vero	Totalmente vero
a) Riesco sempre a risolvere i problemi difficili se ci provo abbastanza seriamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Se qualcuno mi contrasta, riesco comunque a trovare il modo o il sistema per ottenere ciò che voglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Per me è facile attenermi alle mie intenzioni per raggiungere i miei obiettivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sono sicuro che potrei affrontare efficacemente eventi inattesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Grazie alle mie risorse so come gestire situazioni impreviste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Posso risolvere la maggior parte dei problemi se ci metto l'impegno necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Rimango calmo nell'affrontare le difficoltà perché posso contare sulle mie capacità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Quando mi trovo di fronte a un problema, di solito riesco a trovare parecchie soluzioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Quando mi piomba addosso qualcosa di nuovo, generalmente sono capace di affrontarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Non importa quello che mi può capitare, di solito sono in grado di gestirlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

E19. PENSA ALLE ULTIME DUE SETTIMANE. PER CIASCUNA DELLE CINQUE AFFERMAZIONI, INDICA LA RISPOSTA CHE PIÙ SI AVVICINA A COME TI SEI SENTITO. (Segna una sola casella per ogni riga)

	Sempre	La maggior parte del tempo	Più della metà del tempo	A volte	Mai
a) Mi sono sentito/a allegro/a e di buon umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mi sono sentito/a calmo/a e rilassato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mi sono sentito/a attivo/a ed energico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mi sono svegliato/a sentendomi fresco/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) La mia vita di tutti i giorni è stata piena di cose che mi interessano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

E20. TI SEI TROVATO IN ALCUNE DELLE SEGUENTI SITUAZIONI?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Sì, una volta	Sì, più di una volta
a) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gravi problemi nei rapporti con gli insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Guai con la Polizia e/o segnalazioni al Prefetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zuffe o risse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Essere vittima di rapine o furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Rubare qualcosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vendere oggetti rubati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Danneggiare beni pubblici o privati di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Essere vittima di molestie sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Guardare una scena di violenza filmata da qualcun altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Filmare con il tuo cellulare una scena di violenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Guidare utilizzando lo smartphone per messaggiare, chattare, filmare, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

**TI CHIEDIAMO ORA DI RISPONDERE AD ALCUNE
DOMANDE RIGUARDANTI IL
CONSUMO DI SOSTANZE**



**F1. QUANTE VOLTE NELLA TUA VITA
HAI FUMATO SIGARETTE?**

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20-39 volte	40 o più volte
a) Sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sigarette senza combustione (lqos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

F2. QUANTE SIGARETTE HAI FUMATO (ESCLUSE QUELLE ELETTRONICHE)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Massimo 1/ settimana	Massimo 1/ giorno	1-5/ giorno	6-20/ giorno	20 o più/ giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

F3. QUANTE VOLTE HAI BEVUTO ALCOLICI?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F4. RIPENSA AGLI ULTIMI 30 GIORNI. QUANTE VOLTE HAI FATTO

CINQUE O PIÙ “BEVUTE” DI FILA? (Per “bevuta” si intende un bicchiere/bottiglia/lattina di birra (circa 50 cl), 2 bicchieri/bottiglie di drink leggeri (circa 50 cl), un bicchiere di vino (circa 15 cl), un bicchiere di liquore (circa 5 cl) o un cocktail). (Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> Mai 1	<input type="checkbox"/> 1 volta 2	<input type="checkbox"/> 2 volte 3
<input type="checkbox"/> 3-5 volte 4	<input type="checkbox"/> 6-9 volte 5	<input type="checkbox"/> 10 o più volte 6

F5. QUANTE VOLTE TI SEI UBRIACATO BEVENDO ALCOLICI E TI È SUCCESSO, PER ESEMPIO, DI BARCOLLARE NEL CAMMINARE, DI NON RIUSCIRE A PARLARE CORRETTAMENTE, DI VOMITARE O DIMENTICARE L'ACCADUTO? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F6. SECONDO TE, IN ITALIA È VIETATO... (Segna una sola casella per ogni riga)

	ai minori di 14 anni	ai minori di 16 anni	ai minori di 18 anni	Non è vietato	Non so
a) Fumare sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bere alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

F7. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI ENERGY DRINK?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

**F8. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI CANNABIS (MARIJUANA/
HASHISH)?** (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

**F9. TI SONO CAPITATE LE SEGUENTI SITUAZIONI NEGLI ULTIMI
12 MESI?** (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Hai fumato cannabis prima di mezzogiorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai fumato cannabis da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**F10. NEGLI ULTIMI 12 MESI TI È CAPITATO DI FARE UNA DELLE
SEGUENTI AZIONI?** (Segna una sola casella per ogni riga)

	Fumare sigarette	Bere alcolici	Bere energy drink	Fumare cannabis	Non ho fatto queste azioni mentre giocavo/non ho giocato
a) Mentre giocavi ai videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mentre giocavi d'azzardo on-line	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mentre giocavi d'azzardo on-site	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

F11. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI CANNABIS SINTETICA

(SPICE)? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F12. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI COCAINA E/O CRACK?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F13. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI EROINA?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F14. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI STIMOLANTI (AD ES. AMFETAMINE, ECSTASY, GHB, MDMA, MET, SHABOO)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F15. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI ALLUCINOGENI (AD ES. LSD, FUNGHI ALLUCINOGENI)? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F16. HAI USATO NPS? PER NPS SI INTENDONO LE *NUOVE SOSTANZE PSICO-ATTIVE* E SONO QUELLE SOSTANZE CHE IMITANO GLI EFFETTI DELLE DROGHE ILLECITE (COME CANNABIS, ECSTASY O ALLUCINOGENI). A VOLTE SONO CHIAMATE “SMART DRUG” E POSSONO PRESENTARSI SOTTO FORME DIVERSE, PER ES. MISCELE DI ERBE, POLVERI, CRISTALLI O PASTICCHE. (Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F17. IN CHE FORMA/ASPETTO SI PRESENTAVANO?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

<input type="checkbox"/> Pasticche	<input type="checkbox"/> Liquido	<input type="checkbox"/> Polvere
<input type="checkbox"/> Cristalli da fumare	<input type="checkbox"/> Miscela di erbe	<input type="checkbox"/> Altra forma
<input type="checkbox"/> Non le ho usate		

F18. HAI USATO PSICOFARMACI (FARMACI PER L'UMORE, PER DORMIRE E/O RILASSARSI, PER L'IPERATTIVITÀ E/O L'ATTENZIONE, PER DIMAGRIRE) PERCHÉ TE LO HA PRESCRITTO IL MEDICO? (Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> No, non mi è capitato 1	<input type="checkbox"/> Sì, per meno di 3 settimane 2	<input type="checkbox"/> Sì, per 3 settimane o più 3
---	---	---

F19. QUANTE VOLTE HAI FATTO USO DI PSICOFARMACI

SENZA PRESCRIZIONE MEDICA (FARMACI PER L'UMORE, PER DORMIRE

E/O RILASSARSI, PER L'IPERATTIVITÀ E/O L'ATTENZIONE, PER DIMAGRIRE)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

F20. NELLA TUA VITA HAI FATTO USO DI ANTIDOLORIFICI PER

SBALLARE (PAINKILLERS)? (Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1-5 volte	<input type="checkbox"/> 6-19 volte	<input type="checkbox"/> 20 o più volte
1	2	3	4

F21. TI È CAPITATO DI ASSUMERE SOSTANZE PSICOATTIVE

SENZA SAPERE COSA STAVI PRENDENDO?

<input type="checkbox"/> No
1

Sì

2



F21.A QUANTE VOLTE TI È CAPITATO DI USARLE?

(Segna una sola casella)

<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1-5 volte	<input type="checkbox"/> 6-19 volte	<input type="checkbox"/> 20 o più volte
1	2	3	4



F21.B IN CHE FORMA/ASPETTO SI PRESENTAVANO?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

<input type="checkbox"/> Pasticche	<input type="checkbox"/> Liquido	<input type="checkbox"/> Polvere
<input type="checkbox"/> Cristalli da fumare	<input type="checkbox"/> Miscela di erbe	<input type="checkbox"/> Altra forma
<input type="checkbox"/> Non le ho usate		

GRAZIE PER LA TUA COLLABORAZIONE!

